Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Hautklinik Berlin (Charité).
(Direktor: Professor Dr. W. Frieboes.)

Die Bedeutung der Lippenlokalisation bei Haut- und Geschlechtskrankheiten.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Kartar Singh
aus Nasirabad (Indien).

Tag der Promotion: 24. Februar 1937.

Buchdruckerei u. Verlagsanstalt Rudolph Pfau, Berlin NW 7, Luisenstr. 21

854

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. Siebeck
Referent: Prof. Dr. Frieboes

Es ist mir als Zahnarzt die Aufgabe übertragen worden, nach dem Material der Berliner Univ.-Hautpoliklinik die Bedeutung der Lippenlokalisation bei Haut- und Geschlechtskrankheiten darzustellen; es sollen insbesondere die praktische Bedeutung der Lippenlokalisation bei den Dermatosen und der Syphilis, dann die Lippenlokalisation bei Mundkrankheiten, schließlich auch die der Lippe eigentümlichen Affektionen berücksichtigt werden.

Ueberlassen wurden mir die poliklinischen Aufzeichnungen der Berliner Univ.-Hautpoliklinik aus den Jahren 1930—35, die Aufzeichnungen und Veröffentlichungen der Klinik aus den letzten Jahren und das Material der Photosammlung und des Lichtinstitutes.

Dabei ist zu bemerken, daß die Aufzeichnungen der Poliklinik unvollkommene sein werden, da es nicht möglich ist, einen bis ins Einzelne gehenden Befund während der poliklinischen Abfertigung festzulegen. Es kann weiterhin eine exakte Darstellung nicht erwartet werden, da das Material einer Hautpoliklinik einseitig ist. So z. B. werden die Mundkrankheiten des erwähnten Materials teilweise durch andere Fachkliniken behandelt. Es kann nur darauf ankommen, die Bedeutung der Lippenlokalisation so darzustellen, wie sie im Material der Hautpoliklinik offenbar wird. Für den Versuch einer solchen Darstellung ist es zunächst erforderlich festzulegen, welche Erscheinungen als „zur Lippe zugehörig" zu betrachten sind. Die Erkrankung der Haut, des Gesichtes, besonders der Umgebung des Mundes, soll nur soweit berücksichtigt werden, als der Uebergang von Haut zur Schleimhaut, also das eigentliche Lippenrot, in ein vorliegendes Erscheinungsbild einbezogen ist. Bei den Mundkrankheiten wird dementsprechend die Bedeutung der Lippenlokalisation nur soweit gewürdigt werden, als auch tatsächlich die eigentlichen Lippen mitbefallen sind. Anatomisch gesprochen werden wir unter „Lippenlokalisation" in dieser Arbeit die Lokalisation der Dermatosen, der Mundkrankheiten und der eigentlichen Lippenerkrankungen betrachten, soweit wie die Lippen vom Uebergang der äußeren Haut zur Lippe und mundhöhlenwärts bis zum Uebergang auf das Zahnfleisch begrenzt sind.

In der folgenden Uebersichtstabelle sind die in Frage kommenden Krankheiten der Haut, der Mundhöhle und der Lippen zusammengestellt und zwar:

A. Krankheiten der Haut,
B. Krankheiten der Mundhöhle,
C. Den Lippen eigentümliche Veränderungen.

Eine in diesen Gruppen näher aufgeführte Unterteilung soll den Leitfaden abgeben, wie ich in entsprechenden Absätzen versuchen werde, die Bedeutung der Lippenlokalisation darzustellen.

Uebersichtstabelle.

Die Affektionen der Lippe

(nach den Aufzeichnungen im Material der Berliner Universitäts-Hautpoliklinik 1930—1935).

	Männer	Frauen	Ges.
A. Allgemeine Dermatosen mit Schleimhautbeteiligung und Lippenlokalisation:			
1. Blasenbildende Dermatosen			
a) Erythema exsudativum multiforme	7	10	17
b) Pemphigus vulgaris, Dermatitis herpetiformis Dühring	1	—	1
c) Arzneiexantheme	2	—	2
d) Urticaria, Quincke-Ödem	1	3	4
e) Lichtdermatosen, Epidermolysis bullosa	—	—	—
f) Herpes, Herpes zoster	54	48	102
2. Lichen ruber	3	4	7
3. Psoriasis vulgaris, Morbus Darier	—	—	1
4. Sclerodermie und Atrophie	4	1	5
5. Tuberkulosen, Tuberkulide	4	5	9
6. Syphilis (Lues I, II und III)	28	20	48
7. Tumoren			
a) gutartige (Angiome, Fibrome, Warzen usw.)	20	24	44
b) bösartige (Carcinome usw.)	30	6	36
Anhang: Lymphangiom (Lymphadenitis cutis circumscripta)	0	1	1
B. Erkrankungen der Mundhöhle mit Lippenlokalisation.			
1. Leucoplacien (Wa.R. —; Wa.R. +; Uebergang in Ca)	3	—	3
2. Pigmentierungen	1	2	3
3. Stomatitiden	4	—	4
4. Aphthen, Stomatitis aphthosa	3	8	11
C. Die der Lippe eigentümlichen Affektionen.			
1. Cheilitis (exfoliativa, Cheilitis granularis Bälz usw.)	2	1	3
2. Parasitäre Lippenerkrankungen (Furunkel, Phlegmone, Perléche, Erysipel)	28	24	52
3. Makrocheilie und Trauma der Lippen	4	—	4
4. Näviforme Veränderungen, Cysten	9	10	19

Erythema exsudativum multiforme.

Die Bedeutung der Lippenlokalisation bei den blasenbildenden Dermatosen möchte ich in einer Gruppe zusammenfassend erwähnen; berücksichtigt sollen werden in diesem Abschnitt folgende Krankheitsbilder:

1. Erythema exsudativum multiforme.
2. Pemphigus vulgaris, Dermatitis herpertiformis Duhring.
3. Arzneiexantheme.
4. Urticaria, Quincke'sches Oedem.
5. Lichtdermatosen, Epidermolysis bullosa.
6. Herpes und Herpes Zoster.

1. Erythema exsudativum multiforme.

In dem von mir untersuchten Zeitraum von 1930—1935 sind bei einer Zugangszahl von 75 000 Fällen allein 150 Fälle von Erythema exsudativum multiforme beobachtet worden. Das entspricht einer Häufigkeit von 0,2%. Von diesen zeigten ¼ der Fälle einen rezidivierenden Charakter. Die Frauen überwiegen in ihrem Anteil um 20%. In einer früheren Dissertation der hiesigen Klinik gibt Ballhorn die Mitbeteiligung der Schleimhaut bei Männern mit 27,3%, bei Frauen mit 8,6% an. Die Differenz dürfte darin ihre Erklärung finden, daß bei Frauen der damaligen Zeit weniger auf die Lokalisation im Einzelnen geachtet wurde. In dem von mir berücksichtigten Zeitraum war bei 150 Fällen von Eryth. exs. multif. in fast 20% dieser Fälle die Mundhöhle befallen. In allen diesen Fällen waren die Lippen an erster Stelle Sitz solcher Veränderungen (von 30 Fällen mit Schleimhautlokalisation waren 17 mit Lippenlokalisation). Es handelt sich um 7 Männer und 10 Frauen, ein Verhältnis, das dem obenerwähnten Ueberwiegen der Frauen entspricht. Die Mitbeteiligung der Lippe findet sich sowohl bei allgemeinen Eryt. exs. multif. als auch bei isoliertem Auftreten auf der Schleimhaut und zwar etwa zur Hälfte bei allgemeinen Eryt. exs. mult., zur anderen Hälfte bei isolierter Schleimhautlokalisation. So konnte Ballhorn aus einem früheren Material der Berliner Klinik folgendes Zahlenverhältnis angeben:

Eryt. exs. mult. überhaupt	464,
Eryt. exs. mult. bei Männern	213,
von diesen mit Schleimhautbeteiligung	53,
isolierte Schleiimhautbeteiligung	23,

Bis 1935 kann ich dieses Zahlverhältnis, wie schon ausgeführt, also bestätigen. Die Lippenlokalisation beträgt in jedem Falle bei Schleimhautlokalisation des Eryt. exs. mult. mehr als 50%. Es scheint, daß dabei die Unterlippe etwas häufiger beteiligt ist (Lichteinwirkung?).

2. *Pemphigus vulgaris.*

Die Angaben über Lippenlokalisation bei Pemphigus vulgaris und Dermatitis herpetiformis Duhring sind in dem hiesigen poliklinischen Material sehr spärlich. Ich habe in der Berichtzeit von 1930 bis 1935 keine verwertbaren Angaben gefunden (die Beobachtungen an Pemphigus vulgaris während der stationären Behandlung sind nicht berücksichtigt). Die nicht einheitliche Auffassung vom Pemphigusbegriff, die Seltenheit des Auftretens beider Hautkrankheiten und die Tatsache, daß die Schleimhauterscheinungen bei beiden auffallend uniform geartet sind, läßt schon keine Mehrangaben zu. Nach den Feststellungen U r b s c h a t ' s , der die Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring vom Jahre 1920—34 bearbeitet hat, war unter 167 Fällen nur in 6 Fällen eine durchweg geringfügige Mitbeteiligung der Schleimhaut vorhanden. Es handelte sich dabei stets um einzelne stecknadelkopfgroße Bläschen, die meistens von einem Erythemsaum umschrieben waren. Nur in einem Falle der Jahre 1930—35 war eine Lippenlokalisation bei Dermatitis herpetiformis Duhring verzeichnet.

3. *Arznei-Exantheme.*

Zu der Gruppe der blasenbildenden Dermatosen sind weiter das Arznei-Exanthem zu erwähnen. Die Mitbeteiligung der Schleimhaut und der Genitalien ist ja besonders bei antipyrinhaltigen Mitteln bekannt. Die Lippenbeteiligung bei der Schleimhautlokalisation eines Antipyrinexanthems habe ich 2 mal verzeichnet gefunden.

Fall I.

Antipyrinexanthem. 9. 11. 31.
Alter: 38 Jahre.
Befund: An den Händen, Füßen und Oberlippe Rötung und Schwellung.

Fall II.

Alter: 38 Jahre.
Befund: Handrücken und Unterlippe (Grenze von Unterlippe rot). Stecknadelkopfgroß bis linsengroß.

Es handelt sich in beiden Fällen um Antipyrinexantheme mit relativ kleiner Blasenbildung.

Beide Fälle zeigten ein weitgehendes Befallensein der Körperhaut.

4. Urticaria, Quincke-Oedem.

Die Lippenlokalisation der gewöhnlichen Urticaria ist im Allgemeinen bekannt; ich möchte hier auf nähere Angaben verzichten. Das Quincke'sche Oedem als Aequivalent einer Urticaria ist in dem angegebenen Zeitraum nur 4 mal vorgekommen, bei der sonst doch nicht geringen Bedeutung der Lippenlokalisation einer Urticaria. Diese geringe Zahl ist bemerkenswert. In diesen 4 Fällen handelte es sich um rezidivierendes Auftreten bei alleinigem Sitz an den Lippen. Ein Fall zeigte eine Kombination im Wechsel mit Urticaria.

5. Lichtdermatosen.

Unter den blasenbildenden Dermatosen möchte ich im 5. Absatz die Lichtdermatosen nicht berücksichtigen, da diese Fälle zur Zeit gesondert bearbeitet werden.

Die Epidermolysis bullosa hereditaria.

Diese an sich so seltene Krankheitsbild mit der ererbten Neigung zur Blasenbildung an mechanisch beanspruchten Hautstellen, wird in der Mundhöhle sehr selten beobachtet. Ich habe in dem Zeitraum von 1930—35 nichts Diesbezügliches gefunden.

Nach mündlicher Mitteilung Berggreen's beträgt der Zugang dieser seltenen Dermatose etwa jährlich einen Fall. Seinen Angaben nach ist im Berliner Hautmaterial die Lippenlokalisation solch blasiger Abhebungen überhaupt nur einmal beobachtet worden (Beobachtung Gottron's, siehe Dissertation Hans Schmidt aus der hiesigen Klinik, Fall I.).

Herpes.

Wegen Herpes simplex und Herpes Zoster sind in der Berichtszeit unter 75 000 Zugängen, immerhin mehr als 100 Fälle zur Untersuchung gekommen. In 102 Fällen handelte es sich um einen vulgären Herpes. Wie oft in diesen Fällen ein Herpes simplex der Mundgegend oder der Mundschleimhaut morphologische Veränderungen des Lippenrots aufwiesen, kann mangels näherer Aufzeichnungen nicht angegeben werden. Rezidiver Charakter war nur in 10% der Fälle und zwar fast nur bei Frauen erkennbar. Der Herpes zoster mit Lippenbeteiligung ist im hiesigen Material nur sehr selten verzeichnet gewesen. Ein Herpes Zoster der Mundhöhle ist, soweit feststellbar, nur einmal beobachtet worden. Ob die Lippe mitbefallen war, konnten ebenfalls nicht mehr festgestellt werden. Auch die Mitbeteiligung der Lippe bei Herpes zoster der Gesichtsanteile war nur in 2 Fällen verzeichnet.

Lichen ruber.

Die Lippenlokalisation des Lichen ruber ist bemerkenswert. Der Zugang an Lichen ruber-Fällen im Material der Berliner Hautpoliklinik beträgt etwa 60—70 Fälle jährlich. Nach Mitteilung Berggreens's beträgt nach den Gesamterfahrungen der Jahre 1920—1935 die Beteiligung der Mundhöhle dabei etwa 27%, während der von mir untersuchten 6 Jahre wäre dann eine Mundhöhlenbeteiligung von insgesamt 100 Fällen zu erwarten.

Das Mitbefallensein der Lippe war dabei nur in 7 Fällen verzeichnet!

Julius Berg teilt im Handbuch Jadassohn's die Statistik Tautmann's mit, der die Lippenlokalisation etwa dreimal häufiger angibt!

Die Mitbeteiligung der Lippe fand sich sowohl beim allgemeinen Lichen ruber der Haut und Schleimhaut, als auch bei isoliertem Lichen ruber der Mundhöhle.

Die Veränderungen entsprechen teilweise dem Bild des Lichen ruber planus, teilweise fanden sich die gewöhnlichen netz- und strifenförmigen Leukoplakien.

Wiederholt war eine Atrophie der Lippe verzeichnet, wohl als Restzustand eines abgelaufenen Lichen ruber.

Die Neigung des Lichen ruber zur blasigen Abhebung (lichen ruber pemphigoides) ist erwähnenswert. Die Entwicklung eines Ca auf diesem Boden habe ich in dem Material von 1930—35 nicht verzeichnet gefunden.

Krewer hat aus der Berliner Klinik aus dem Material bis 1930 zahlenmäßig die Bedeutung der Lippenlokalisation ähnlich wie ich angegeben. Es ergibt sich zusammenfassend, daß beim Lichen ruber die Mundschleimhaut häufig, in ihrem Anteil daran aber die Lippe relativ selten ergriffen ist.

Die relativ geringe Mitbeteiligung der Lippenschleimhaut erscheint verwunderlich, da die Lippe (genau wie die hinteren, mittleren Anteile der Wangenschleimhaut, die doch überwiegend mitbefallen sind) der Haut entwicklungsgeschichtlich besonders nahe steht.

Psoriasis vulgaris.

Im Gegensatz zum Lichen ruber ist die Beteiligung der Mundhöhlenschleimhaut und auch der Lippen bei der Psoriasis vulgaris eine große Seltenheit.

Zinßer betont in seinem Handbuchbeitrag „Hautkrankheiten und Mundschleimhaut", daß er selbst niemals Mitbeteiligung der Mundschleimhaut gesehen habe. Ebenso lehnen die alten Beschreiber Hebra, Kaposi, auch Lesser, Riecke und Darier eine Beteiligung der Mundschleimhaut ab. In den letzten 15 Jahren ist unter 7000 Fällen nur 2 mal die Beteiligung der Mundhöhle beobachtet worden (s. Gottron).

In den letzten 6 Jahren habe ich Aufzeichnungen über ein Uebergreifen und eine Mitbeteiligung der Lippe nur einmal verzeichnet gefunden.

Fall I.

Psoriasis der Lippenschleimhaut.

Vorgestellt von Blumenthal 1932 in der Berliner Derm. Gesellschaft.

30jähriger Kaufmann. Von 12 Jahren Auftreten der Schuppenflechte. Seit 7 Jahren sind Mundpartie und Stellen des behaarten Kopfes be-

fallen. Jetzt Herde an den Innen- und Außenflächen der Hände, am Scrotum, Penis, Kreuz, Hüften, Achselhöhlen, Ellenbeugen und Schenkelbeugen. Daneben finden sich scharf abgesetzte, leicht schuppende Herde um die Lippe herum. Das Lippenrot ist in toto befallen, ist leicht infiltriert, rissig und neigt zu Blutungen.

Histologische Untersuchung: Geschichtete, vorwiegend parakeratotische Schuppen. Fehlen der Körnerschicht, soweit die Schuppen parakeratotisch sind. Acanthose, leichtes Infiltrat des Papillarkörpers und mäßig perivasculäres Infiltrat des Stratum subpapillare.

Das seltene Vorkommen des Uebergreifens von Psoriasisherden in der Nähe der Mundhöhle auf die Lippen ist eigentlich verwunderlich, da am Genitale solches Uebergreifen auf das innere Präputialblatt und die Mitbeteiligung der Schleimhaut des Peniskopfes nicht so selten beobachtet wird (Berggreen).

Die Aufzeichnungen dieses erwähnten einen Falles waren jedoch so ungenau, daß eine Mitteilung an dieser Stelle unnötig erscheint.

Das sehr seltene Krankheitsbild des *„Morbus Darier"* zeigt nach der Erfahrung der Berliner Hautpoliklinik (s. Berggreen und Seidel) in 60% aller Fälle Schleimhautbeteiligung, insbesondere am harten Gaumen. Unter 18 Fällen von Morbus Darier seit 1920 bis 1935 wurde nur einmal die Schleimhautbeteiligung an der Lippe gefunden, im Sinne geringer flächenhafter Leukokeratose von höckrig-warzigem Aussehen.

Sklerodermie und Atrophie.

Die Sklerodermie im Bereich der Mundhöhle und der Lippen findet sich wohl ausschließlich bei der progressiven Sklerodermie. Die progressive Sklerodermie ist an sich selten. Bei einer Beobachtungsreise von etwa 60 Fällen innerhalb der letzten 15 Jahre war in 16 Fällen eine sklerodermische Verhärtung im Bereich der Lippen und peroral verzeichnet. Die zirkumskripte Sklerodermie, die an sich im Berliner Material mehr als 4 mal häufiger beobachtet wurde als die progressive, habe ich in den Aufzeichnungen von 1930 bis 1935 hinsichtlich einer Lippenlokalisation nicht verzeichnet gefunden. In der Statistik Kren's, des besten Kenners auf diesem Gebiete, fällt auf, daß eine Mitbeteiligung der Schleimhaut sich fast nur bei schweren Fällen der progressiven Sklerodermie findet; in Kren's Statistik findet sich ebenfalls kein Fall einer herdförmigen Sklerodermie der Lippen.

Tuberkulose.

Unter den eigentlichen Tuberkulosen möchte ich auf den Lupus vulgaris nicht im Einzelnen eingehen. Die Fälle von gewöhnlichem Lupus vulgaris des Gesichts mit Uebergreifen auf die Mundhöhle, und damit auch die Frage, wie weit in diesen Fällen die Mitbeteiligung der Lippen von Bedeutung ist, werden zur Zeit in einer anderen Dissertation bearbeitet. Ich möchte nur mitteilen, daß unter den von mir bearbeiteten Fällen der Jahre 1930—1935 unter rd. 75 000 der primäre oder isolierte Sitz eines Lupus vulgaris an den Lippen 4 mal verzeichnet war, wobei in einem Falle die Diagnose noch nicht gesichert schien.

Die Lippenlokalisation einer Tuberculosis miliaris ulcerosa habe ich in den Aufzeichnungen der Hautpoliklinik in dem gleichen Zeitraum überhaupt nicht gefunden. Die tuberculosis cutis verrucosa ist unter kaum 30 Fällen des gleichen Zeitraumes zweimal mit einer Lokalisation im Gesicht, jedoch ebenfalls nicht in einer Lippenlokalisation beobachtet worden. Mit Ausnahme der von mir nicht näher erwähnten Fälle von Lupus vulgaris mit Uebergreifen auf die Lippe, ist für alle genannten Formen dieser echten Tuberkulosen demnach die Lippenlokalisation eine Seltenheit!

In der Gruppe der Tuberkulide darf ich darauf hinweisen, daß das Vorkommen solcher Tuberkulide auf der Mundschleimhaut und besonders an Lippe außerordentlich selten erwähnt wird. Ja, daß merkwürdigerweise die Schleimhaut bei Tuberkuliden meist frei bleibt. Lewandowsky erwähnt ihr Vorkommen überhaupt nicht. Zinßer beobachtete nur einen Fall aus eigener Erfahrung.

Aus der Dissertation von Krieger „Zur Häufigkeit der Tuberkulide an Hand des Krankenmaterials der Universitäts-Haut-Klinik Berlin", in der die Erscheinungsbilder:

1. Erythema induratum,
2. Lichen scrofulosorum,
3. Papulo-nekrotisches Tuberkulid,

berücksichtigt werden, ergibt sich, daß unter 200 Fällen der letzten 15 Jahre die Lippenlokalisation eines Tuberkulides überhaupt nur einmal verzeichnet war. Dieser Fall ist von Arndt selbst im Jahre 1923 veröffentlicht worden.

Fall:

Erythema induratum mit Beteiligung von Mund- und Rachenschleimhaut.

19jährige Patientin, Kontoristin, die im Alter von 13 Jahren eine Hornhautentzündung durchgemacht hat. Vater an Grippe gestorben. Familienanamnese bezüglich tuberkulöser Erkrankung negativ. Patientin hat seit dem achten Lebensjahr Drüsen. An Lungen schlechte Verschieblichkeit des rechten Zwerchfells feststellbar. Weder durch die physikalische noch durch die röntgenologische Untersuchung der Lungen kann ein aktiver Prozeß aufgefunden werden. Wassermann: negativ, Sachs-Georgi: negativ, Dold: negativ, Pirquet: stark positiv (Fieber bis 38,2 Lymphangitis, regionäre Drüsenschwellung). Am Nacken, in den Achselhöhlen und Leistenbeugen bohnen- bis haselnußgroße Lymphknoten. Beginn des Erythema induatum vor drei Jahren, vorübergehende Ausheilung im Sommer, mit jedem weiteren Schub stärkere Ausbreitung des Prozesses und Zunahme der ursprünglich auf die Unterschenkel, speziell Hinterfläche beschränkten Knoten an Zahl und Intensität (Neigung zur Erweichung und Zerfall tritt immer mehr in den Vordergrund). Während der Prozeß sich aber bis vor kurzem mit den Hauterscheinungen erschöpfte, traten vor vier Wochen unter stärkeren Allgemeinerscheinungen (Temperatur bis 38,6, Kopfschmerzen) Halsschmerzen auf, als deren Ursache ein ausgedehntes Schleimhauttuberkulid festgestellt werden konnte: zahlreiche stecknadelkopfgroße bis über reiskorngroße Herde an Lippen, Wangen und Gaumenschleimhaut, an letzterer in Form von grauen Knötchen, an miliare Tuberkel erinnernd, an anderen Stellen unter dem Bilde aphtenähnlicher, aber weniger akut entzündlicher Geschwürchen. Der negative Ausfall der Untersuchung auf Tuberkulose, die relativ rasche Abheilung sprachen gegen die Annahme einer disseminierten miliaren Tuberkulose, an die man ja auch hätte denken können, sondern für ein Schleimhauttuberkulid.

Ich habe aus den Jahren 1930—35 das Vorkommen eines Tuberkulides der drei erwähnten Erscheinungsbilder überhaupt nicht verzeichnet gefunden.

Einer gesonderten Besprechung bedarf der *Lupus erythematodes*. Dieser ist in der gleichen Zeit mit einer Lippenlokalisation unter 75 000 Fällen 5 mal beobachtet worden. Da die Tuberkulide auf der Schleimhaut nach obiger Angabe praktisch überhaupt nicht beobachtet wird, dürften diese Fälle von Lupus erythematose einer nichttuberkulosen Aetiologie zu entnehmen sein, zumal in den Aufzeichnungen über diese 5 Fälle eine Tuberkulose-Anamnese nicht erwähnt war. In zwei von diesen fünf Fällen handelt es sich um einen isolierten „Lupus erythematodes" der Schleimhaut, wovon ich einen Fall hier erwähnen möchte:

Eine Frau von 44 Jahren. 27. Mai 1930.
Lupus erythematodes der Lippe und Wange.
Seit zwei Jahren an der Oberlippe einen schuppenden Ausschlag. Familien- und eigene Anamnese bezüglich Tbc. negativ. Befallen sind Ober- und Unterlippe, die Wangenschleimhaut beiderseits. Auf der Oberlippe vom Lippenrot auf die benachbarte Haut übergreifend, zwei erythematöse Herde, die der Größe je eines halben Pfennigs entsprechen. Diese Herde sind von weißlich-bläulicher Farbe und zeigen erweiterte Follikel und zarte Schuppen. Ein entsprechender Herd innerhalb der linken Unterlippenhälfte auf der Wangenschleimhaut, beiderseits je zweimarkstück groß. Rechts ein Einzelherd von blauroter Farbe mit weißlich-bläulich scharfen, zum Teil zackigen unregelmäßigen Rand.

Lues.

Die Bedeutung der Lippenlokalisation für die Manifestation der verschiedenen syphilitischen Stadien ist besonders bemerkenswert. Ich werde nur näher auf die Lippenlokalisation der Primäraffekte und der Lippenlokalisation der tertiären Form eingehen.

Die Lippenlokalisation der Erscheinungen des sekundären Stadiums kann ich nach den poliklinischen Aufzeichnungen nicht näher angeben, da die Befunde in der Poliklinik zwar die Mitbeteiligung der Mundhöhle, aber nicht im einzelnen die der Lippe verzeichnet haben.

Ich möchte nur erwähnen, daß unter *768* Fällen frischer Lues, also der Stadien I und II, der Grund des Kommens und damit die erstmalige Feststellung einer frischen Syphilis in 18 Fällen eine isolierte Veränderung der Lippen war. In diesen 18 Fällen von 768 haben *11* mal ein Primäreffekt und 7 mal isolierte Schleimhautpapeln der Lippe die Erkrankten in die Poliklinik geführt. Nach Mitteilung Berggreen's ist die frische Syphilis an der Berliner Poliklinik in den letzten 15 Jahren auf $^1/_{10}$ des gesamten Materials zurückgegangen. Damit ist das Vorkommen der Primäraffekte, insbesondere der extragenitalen eine relative Seltenheit. Bemerkenswert ist dabei jedoch, daß der Anteil an extragenitalen Primäraffekten trotz dieser Abnahme frischer Syphilis anteilmäßig größer wird. Die relative Zunahme der extragenitalen Primäraffekte bei der insgesamt starken Abnahme der Primäraffekte und frischen Lues überhaupt, ist praktisch zu beachten, zumal auch Erwerbungen solcher extragenitaler Primäraffekte in immer höheren Altersklassen beobachtet werden. Die Primäraffekte der Lippe im erwähnten Zeitraum unter 768 Fällen frischer Syphilis überhaupt, verteilen sich auf 9 Primär-

affekte der Unterlippe und 2 der Oberlippe. Das Ueberwiegen der Lokalisation der Unterlippe geht aus den Statistiken der meisten Autoren hervor; unter diesen 11 Fällen sind beide gleichmäßig verteilt zwischen Frauen und Männern.

Die Präponderanz des weiblichen Geschlechts bei Lippenschanker wie Koos schreibt, ist hier nicht erkennbar.

Von besonderer Bedeutung ist vor allem die Lippenlokalisation bei der tertiären Syphilis. Erst kürzlich zeigte Berggreen an dem Berliner Material seit dem Kriege, daß die gesamte frische Syphilis (Lues I und II) von 6% des Gesamteinganges auf 0,6% bis zum Jahre 1935 abgesunken ist. Die tertiäre Syphilis dagegen blieb kontinuierlich bei einem Anteil von 0,6—1,0%. Damit stehen zahlenmäßig die Erscheinungen der Lues III heute im Vordergrund. Die tertiäre Syphilis ist weiterhin in weit mehr als der Hälfte aller Fälle am Kopf lokalisiert. Allein in rund 50% aller Fälle finden sich diese tertiären Erscheinungen im Bereich des mittleren Gesichts und der Mundhöhle, wobei zu gleichen Teilen, also zu je 25% der gesamten Lues III die Lokalisation der mittleren Gesichtspartien und die der Mundhöhle im Vordergrund stehen. Durch die Nachbarschaft und vor allem das Uebergreifen auf die Lippen von beiden Seiten her ist also die Bedeutung der Lippenlokalisation bei tertiärer Syphilis genügend gekennzeichnet. Die Bedeutung der Lippenlokalisation ergibt sich aus folgender Zahlenangabe. Allein in dem erwähnten Zeitraum von 1930—1935 sind nach der Statistik Berggreen's 550 Fälle tertiärer Syphilis zur Beobachtung gekommen. Die Hälfte davon, also 275, betreffen allein die mittleren Gesichtsanteile und die Mundhöhle. Nach meinen Feststellungen waren in diesem Zeitraum 30 Fälle von tertiärer Syphilis der Lippen vorhanden.

Damit ergibt sich die Häufigkeit der Lippenlokalisation bei tertiärer Syphilis von 5,4%[7] Ich möchte bemerken, daß aus den Dissertationen von H. Seidel und G. Seidel auch aus der Beobachtungsreihe der früheren Jahre seit dem Kriege bis zum Beginn meiner Berechnung (1930) genau der gleiche Prozentsatz d, h. 5,4% sich ergibt!

Bemerkenswert erscheint weiter, daß die Lippenlokalisation der Lues III sich bei Männern häufiger findet, obwohl Berggreen unter Zugrundelegung aller Beobachtungen der Jahre 1919—35 an insgesamt 2258 Fällen tertiärer Syphilis des Berliner Materials das allgemeine Ueberwiegen der Frauen im Verhältnis von 63 : 37 fest-

stellen konnte. Die Erklärung dürfte vielleicht in der größeren Reizeinwirkung auf die Lippen der Männer durch die bekannten Faktoren (Rauchen usw.) gegeben sein, wie ich es auch für die Lokalisation der Lichen ruber (s. oben) erwähnte.

In der Lippenlokalisation überwiegen die flachen tuberösen die knotenförmigen, gummösen Formen. Die Lokalisation im Einzelnen findet sich bevorzugt in der Nähe der Mundwinkel, dann an Ober- und Unterlippe im gleichen Anteil. Ein Uebergreifen der tertiären Lues auf die Lippe findet sich weniger von der Mundhöhle her, sondern allgemein in den meisten Fällen von den subnasalen Anteilen der Oberlippe her.

Gutartige Tumoren.

Bezüglich der Lippenlokalisation sind hier zunächst die Angiome im weitesten Sinne zu berücksichtigen. Nach den Aufzeichnungen der Poliklinik von 1930—35 fanden sich 32 Fälle. Diese verteilen sich wie folgt:

1. Angeborene flächenhafte und cavernöse Häm- und Lymphangiome	21 Fälle
2. Erworbene Angiome	7 Fälle
3. Granuloma pediculatum	4 Fälle.

Ueber nähere Einzelheiten verweise ich auf die zu dieser Zeit in Arbeit befindliche Dissertation (G r o h e , Univ.-Hautpoliklinik, Berlin). Ich berücksichtige nur die Lippenlokalisation. Von diesen genannten 32 Fällen waren 21 angeboren; ⅔ dieser angeborenen Fälle sind schon im ersten Lebensjahr in Behandlung gekommen. Hier handelte es sich bei den Säuglingen um cavernöse Hämangiome der Lippen, die sich auf der Ober- und Unterlippe gleichmäßig verteilen. Mit einer Ausnahme, handelte es sich um isolierte cavernöse Hämangiome. 7 Fälle kamen im mittleren Lebensalter zur Beobachtung, wobei es sich zur Hälfte ebenfalls um isolierte cavernöse Hämangiome der Lippen, zur anderen Hälfte auch um ausgedehnte flächenhafte Hämangiome (Naevus Flammeus) handelte, die auf die Lippe übergreifen.

In der Berichtszeit habe ich nur *ein* angeborenes Lymphangiom der Oberlippe verzeichnet gefunden.

Die im späteren Leben erworbenen, an den Lippen lokalisierten Hämangiome, betrafen fast ausnahmslos ältere Leute. Die in die-

ser Gruppe beobachteten 7 Fälle dürften den senilen Angiomen zuzurechnen sein. Bei diesen 7 Fällen war Herz- und Lungenleiden ausdrücklich verzeichnet (Stauungswirkung?). Im übrigen verweise ich auf die angeführte Dissertation Grohe.

Granuloma teleangiektaticum benignum.

Dieses in seiner Ursache noch umstrittene, hier aber den Angiomen zugerechnete Krankheitsbild (s. Berggreen) habe ich in den letzten 6 Jahren in einer Lippenlokalisation 4 mal verzeichnet gefunden und zwar: 2 mal auf der Oberlippe und 2 mal auf der Unterlippe. Es handelte sich um 4 erwachsene Personen, 2 Männer und 2 Frauen. Unter den 74 Beobachtungen der Berliner Poliklinik von 1920—36 ist die Beteiligung der Lippen und der Mundhöhle relativ selten.

Alle übrigen gutartigen Tumoren mit Lippenlokalisation werde ich in einer Gruppe zusammenfassen unter dem Gesichtspunkt, welche Veränderungen Anlaß des Kommens waren. Ich berücksichtige in dieser Gruppe insbesondere die *Warzen,* die *Fibrome,* das *Moluskum contagiosum und Talgdrüsenveränderungen.* Die Warzen der Lippe waren 6 mal Anlaß zur Behandlung. Fast immer handelte es sich um filiforme Warzen oder um den gewöhnlichen Charakter der vulgaren Warzen, wie er bei Lokalisation in der Mundhöhle zur Lippennähe hin charakteristisch ist. In der Hälfte der Fälle handelte es sich um isolierte Warzen, sonst um Combination mit vulgären Warzen der Hände. Fibrome waren 4 mal Anlaß des Kommens. Darunter auch die Beobachtungen eines seit 2 Jahren schnell wachsenden *Fib. pendulum* der Unterlippe (Stauung durch Stieldrehung?). Anlaß des Kommens waren ferner in zahlenmäßig geringem Ausmaß *keloidartige* Narbenbildungen der Lippe verschiedenster Ursache, *senile Warzen,* einmal ausgesprochenes *Cornu cutaneum.* Erwähnenswert ist auch ein Fall von *Moluscum contagiosum* am Rand des Lippenrots der Oberlippe bei einem 3½jährigen Kind. Zinßer äußert sich dahin, daß das M. c. auf der Mundschleimhaut nicht vorkomme. Auch die *ektorischen Talgdrüsen* im Lippenrot sind während dieser 6 Jahre dreimal Anlaß der Behandlung gewesen. Bemerkenswert ist Zinsser's Aeußerung, daß dieses Krankheitsbild niemals Gegenstand einer Behandlung ist. Hier

ist die seit der Geburt bestehende Veränderung wohl zufällig erst im höheren Alter von den betreffenden Patienten beobachtet worden. Die praktische Bedeutung der Lippenlokalisation der gutartigen Tumoren ist außer den Angiomen und später noch zu erwähnenden Cystenveränderungen anderer Ursache auffallend unbedeutend.

Bösartige Tumoren.

Bei den bösartigen Tumoren habe ich in der erwähnten Berichtszeit ausschließlich nur *Karzinome und Basalzellepitheliome* verzeichnet gefunden. Ich verweise an dieser Stelle auf die Arbeit Schuermann's, die Ende 1936 veröffentlicht wird. Sie stellt sämtliche Beobachtungen über Karzinome der gleichen Berichtszeit ausführlich zusammen. Außerdem verweise ich auf die Dissertation Blaßmann (1936, Univ. Hautklinik, Berlin), in der die Beobachtungen des *Zungenkarzinoms* der Jahre 1921—34 festgelegt werden. Die *Lippenlokalisation* wurde beobachtet von 1930—35:

	Männer	*Frauen*	*Zusammen*
Spino zellul. Ca.	26	2	28
Basalzellepitheliom	4	4	8

Die Lippenlokalisation der Karzinome ist relativ bedeutend. Die in der Berichtszeit festgelegte Häufigkeit des spinozellul. Ca. von 92,8 : 7,2 bei Männern und Frauen kann ich auch neuerdings nur bestätigen. Es entspricht einer langjährigen Beobachtung, den Zugang an Karzinomen hier mit 0,65% der gesamten Fälle anzunehmen (Siehe auch die Dissertation Dressel). Dieser Prozentsatz ist aber bis 1930 zeitweise auch über 1,0% gestiegen. In dieser Berichtszeit von 1930—35 entfallen auf 75 000 Fälle nur 28 sponizell. Ca. und 8 Basalzellepitheliome der Lippen.

Berücksichtige ich nur die 28 spinozell. Karzinome der Lippen, so ergibt das eine prozentuale Häufigkeit von 0,36‰. Für das Zungenkarzinom errechnet Blaßmann an gleichem Material 0,2‰. Es ergibt sich daraus die anteilsmäßige Bedeutung der Lippenkarzinome.

Im Bereich der Mundhöhle kommt eben unter dem spinozellulären Karzinomen der Lippenlokalisation die erste Rolle zu. Die Basalzellepitheliome überwiegen ganz allgemein nach den genannten

Arbeiten (Arndt, Schuermann und Dressel) die spinozellulären Karzinome um das 2—3fache und kommen im Gesicht und am Kopf überhaupt in über 90% aller Fälle in Beobachtung. Davon berücksichtige ich hier in meiner Berichtszeit von 1930—35 nur 8 Fälle von Basalzellepitheliom, weil nur in diesen eine Einbeziehung des Lippenrotes und damit der Sitz auf der eigentlichen Lippe gegeben war. Von den 28 spinozelluläre Karzinomen entfallen 26 auf Männer und 2 auf Frauen. Die Lokalisation betrifft ausnahmslos nur die Unterlippe, sowohl bei Männern als bei Frauen. An der Unterlippe ist die Lokalisation linksseitig gering bevorzugt.

Daß das spinozelluläre Karzinom der Schleimhaut allermeist auf praeformiertem Boden auftritt, ist bekannt. Das gilt insbesondere für Leukoplakien, Atrophien und andere Prozesse. Dressel stellt in seiner Arbeit an dem früheren Material eine Tabelle über ätiologische Bedingungen auf. Für die spinozelluläre Karzinome werden in seiner Tabelle ätiologisch besonders genannt:

1. Pfeifenraucher (+ Raucherleukoplakie),
2. Lues III (+ Leukoplakie),
3. Narben, Keratoma senile, Lupus vulgaris.

Soweit angegeben, kann ich auch als ätiologische Bedingtheit des Lippenkarzinoms die genannten Faktoren und zwar die ersten 3 bestätigen. Bei Männern überwiegen naturgemäß Leukoplakien, bei Frauen etwas narbig-atrophische Veränderungen.

Eine eingehende Würdigung der Lippen-Karzinome, insbesondere hinsichtlich Metastasierung, Verlauf und Therapie, geht aus der Arbeit Schuermann's hervor.

Im *Anhang* möchte ich erwähnen, daß bei *lymphatischer Leukämie* (Lymphadenosis cutis circumscripta) eine Lippenlokalisation in der Berichtszeit nicht beobachtet wurde. Hesse hat alle Beobachtungen über Leukämie in der Zeit von 1920—35 zusammengestellt. Unter seinen 72 Fällen lymphatischer Leukämie fand sich die knotige Form 4 mal im Bereich der Schleimhaut, jedoch ebenfalls nicht auf der Lippe.

In den vorhergehenden Absätzen habe ich die Bedeutung der Lippenlokalisation bei allgemeinen Dermatosen und der Syphilis erwähnt. In dem folgenden Absatz werde ich die Lippenlokalisation der Erkrankung der Mundhöhle, soweit diese auf die Lippe übergreift, erwähnen. Die folgenden Affektionen der Mundhöhle möchte ich dabei berücksichtigen.

1. Die Leukoplakien,
2. Pigmentierungen,
3. Stomatitis einschließlich Stomatitis aphtosa und Aphthen.

Leukoplakie.

Die Leukoplakien im Bereich der Mundhöhle verschiedenster Ursache sind in dem Material der Berliner Hautpoliklinik eine häufige Beobachtung. Die Leukoplakie der Lippe als Mitbeteiligung dabei ist relativ selten. Isolierte Leukoplakie war auffälligerweise sehr selten und zwar nur 5 mal unter 75 000 der Berichtszeit Anlaß zum Eintritt in die Behandlung. Es handelte sich nur um Männer und zwar, soweit die Aufzeichnungen das erkennen lassen, nur um Raucher-Leukoplakien. Die Beobachtungen über Lichen ruber und tertiär syphilistische Veränderungen sind schon erwähnt. Die genannten 5 Leukoplakien waren mit einer Ausnahme auf der Unterlippei lokalisiert (siehe parallele Unterlippen Ca.!). Im Gegensatz zur Zungenleukoplakie, die nach Berggreen unter ¼ Millionen Zugängen der Jahre 1920—35 zu 46% Wa R negativ, 54% Wa R positiv waren, scheint die isolierte Leukoplakie der Lippen in viel höherem Prozentsatz *nicht* luetisch bedingt zu sein.

Die retroanguläre Leukoplakie war gelegentlich auf die Unterlippe übergreifend verzeichnet. Auch sie ist überwiegend nicht luetischer Ursache. Wie weit die Leukoplakie der Lippe in Karzinom ausgeht, war schon erwähnt.

Pigmentierungen.

Pigmentierung der Lippe war unter dem erwähnten Material nur 3 mal verzeichnet und ist in diesen Fällen Anlaß des Kommens gewesen. In einem Falle handelte es sich um ein vorwiegend auf der Oberlippe lokalisiertes Chloasma uterinum. In den anderen Fällen war die Ursache der fleckigen Pigmentierung nicht angegeben. Pigmentierung nach Goldbehandlung in höherer Dosis, wie sie im Winter 1933/34 an der Berliner Poliklinik versuchsweise zur luetischen Behandlung verwendet wurde, sind wiederholt beobachtet. Es handelte sich in diesen Fällen um feine diffuse bronzefarbene Pigmentierung der vorderen Wangenschleimhaut und der mundwärts gelegenen Lippenteile. Bei höherer Golddosierung konnte dieses Vorkommen bei allen 12 Versuchsfällen beobachtet werden (s. Diss. Tscheslog).

Stomatitiden.

In dieser Gruppe möchte ich zunächst die isolierten Lippenaphthen erwähnen. Da diese bei Kindern besonders häufig vorkommen, die Kinder aber im Material der Berliner Poliklinik zahlenmäßig eine unbedeutende Rolle spielen, so werden isolierte Aphthen selten beobachtet. In der Berichtszeit sind wegen isolierter Aphthen der Lippe nur 7 Personen in Behandlung gewesen. Es handelte sich ausschließlich um Frauen und Kinder. Ganz überwiegend war wiederum die Unterlippe befallen.

In der Gruppe der Stomatitiden ist die Bedeutung der Lippenlokalisation wegen ungenügender Aufzeichnungen nicht näher anzugeben. Das Uebergreifen auf die Lippe ist aber bei den einfachen Stomatitiden, bei der infektiösen Stomatitis und im besonderen der Stomatitis aphthosa verzeichnet gewesen. Die Stomatitis aphthosa mit teilweise rezidivierendem Charakter ist in den letzten 15 Jahren unter 255 000 Fällen 178 mal beobachtet worden. Für die von mir untersuchte Berichtszeit würde das etwa 50 Fälle ausmachen, von denen nur in 4 Fällen = 8% eine Mitbeteiligung der Lippen verzeichnet war.

In der dritten Gruppe berücksichtige ich nun die der Lippe eigentlichen Affektionen und zwar nach folgenden Gesichtspunkten:

1. Cheilitis exfoliativa, Cheilitis glandularis aposthematosa (Bälz).
2. Barasitäre Erkrankung der Lippe (Furunkel, Phlegmone, Perlech, Erysipel),
3. Makrocheilie, traumatische Veränderungen,
4. Zysten und naeviforme Veränderungen.

Cheilitis.

Unter diesem Begriff, besonders der „Chaleitis exfoliativa", verbergen sich in der Literatur sicherlich isolierte Veränderungen, meist blasige Abhebungen der Lippe, ohne näher erkannte Aetiologie. In dem Material der hiesigen Hautpoliklinik habe ich den Begriff Cheilitis in der erwähnten Berichtszeit nur dreimal verzeichnet gefunden. Eine nähere Schilderung oder Angabe der Ursache war nicht vorhanden. [1]

Die Cheilitis aposthematosa (glandularis Bälz) war von 1930 bis 1935 nicht verzeichnet. Eine eitrige Cheilitis im Sinne einer flächenhaften Phlegmone mit unscharfer Abgrenzung gegen die Umgegend der Haut war zweimal beobachtet.

Lippenfurunkel.

Unter den der Lippe eigentümlichen Affektionen möchte ich hier auch den Lippenfurunkel erwähnen. Obwohl dieser naturgemäß von follikultitiden der das Lippenrot umgebenden Haut ausgeht, stellt er eine Lippenerkrankung im Sprachgebrauch dar. In der Berichtszeit sind 25 isolierte Lippenfurunkeln in diesem Sinne beobachtet worden und zwar bei 15 Männern und 10 Frauen, wobei die Oberlippe zu ¾, die Unterlippe zu ¼ der Fälle betroffen war. Bemerkenswert ist das Ueberwiegen der Männer bei Oberlippenfurunkeln, das Ueberwiegen der Frauen bei Unterlippenfurunkeln (Bart!).

Perlèche.

Zu den der Lippe eigentümlichen Affektionen gehört auch die Faulecke (Angulus infektiosus). Da diese Affektion vorwiegend bei Kindern beobachtet wird, die Kinder zahlenmäßig aber im hiesigen Material eine geringe Rolle spielen, so sind die Beobachtungen von Perlèch an sich gering. In der Berichtszeit habe ich aus den Aufzeichnungen 21 Fälle gefunden (12 Männer und 9 Frauen). Gerade die Beteiligung höherer Altersklassen ist bemerkenswert. Hinsichtlich der Ursache möchte ich darauf verweisen, daß unter diesen 21 Fällen bei 4 Fällen ausdrücklich die Kombination mit Impetigo verzeichnet war. Kulturelle Untersuchungen über die Kokken liegen nicht vor. H. Freund veröffentlichte 1931 aus der hiesigen Klinik ausführliche Untersuchungen dieser Art, wobei er vornehmlich bei Frauen in einem großen Prozentsatz als Erreger „Pilze" nachweisen konnte. Als Bezeichnung für diese Faulecke wurde der Ausdruck „interlabiale Mykose" vorgeschlagen. Einige von den von mir genannten 21 Fällen gehören zu diesen Beobachtungen Freund's. In 7 von 21 Fällen war der einseitige Sitz am rechten oder linken Mundwinkel ausdrücklich verzeichnet.

Erysipel.

Das Erysipel war in seiner Bedeutung als Lippenlokalisation 6 mal verzeichnet. Es handelte sich 4 mal um ein akutes Erysipel mit Neigung zu rezidivierendem Charakter, 2 mal um elephantiastische Vergrößerungen der Lippe als Restzustand eines rezidiven Erysipels. In allen 6 Fällen war immer die Oberlippe Sitz solcher Veränderungen. Leider war über die Eintrittspforte insbesondere

darüber, ob Läsionen des Lippenrotes oder Verletzungen außerhalb der eigentlichen Lippen (Naseneingang usw.) vorgelegen haben, keine Angaben vorhanden.

Anhang: Der Vollständigkeit halber möchte ich an dieser Stelle erwähnen, daß sehr selten mal Ragaden der Lippen und sonstige traumatische Veränderungen (ohne jede weitere Komplikationen) Anlaß des Kommens waren. Die Furcht vor syphilitischer Infektion führte allermeist diese Patienten in die Poliklinik! Es handelte sich nur um Männer.

Zysten und naeviforme Veränderungen.

In diesem letzten Abschnitt berücksichtige ich die isolierten Lippenaffektionen congenitaler Anlage und ferner isolierte zystische Veränderungen der Lippen, soweit diese bisher nicht erwähnt waren.

Hämangiome, die im strengen, eingangs erwähnten Sinne der Lippe zugehören, habe ich in der Berichtszeit von 1930—35 nicht vorgefunden. 6 Fälle von Naevi pigmentosi bezw. Naevi pilosi waren in einer Lippenlokalisation angegeben. Ihr Sitz betraf aber die Ober- oder Unterlippe in unmittelbarer Nähe, aber noch außerhalb des Lippenrots.

Zysten der Lippen waren im gleichen Zeitraum 9 mal verzeichnet. In allen Fällen wieder betraf der Sitz die Unterlippe. Nach ätioliogischen Gesichtspunkten handelte es sich um eine sichere Dermoidzyste, 4 mal um traumatische Epithelzysten. In den restlichen 4 Fällen war eine nähere Angabe nicht vorhanden oder auch wegen Fehlens der histologischen Untersuchung überhaupt unmöglich.

Zusammenfassung.

Die mir übertragene Aufgabe, die Bedeutung der Lippenlokalisation nach den Aufzeichnungen der Berliner Hautpoliklinik 1930 bis 1935 darzustellen, habe ich soweit als möglich, zu erfüllen versucht. Entsprechend den 3 Möglichkeiten:

1. Lippenlokalisation bei allgemeinen Dermatosen mit Schleimhautbeteiligung,
2. Lippenlokalisation bei Erkrankungen der Mundhöhle,
3. Der Lippe eigentümliche Affektionen,

sind alle Beobachtungen über Lippenlokalisation während der Berichtszeit gruppiert.

In diesen 3 großen Abschnitten sind im übrigen die einzelnen Beobachtungen wieder nach Krankheitsgruppen geordnet. Weiterhin habe ich die Beobachtungen gemäß der eingangs erwähnten Uebersichtstabelle berichtet.

Wegen der erklärlicherweise ungenügenden Aufzeichnungen der Poliklinik hinsichtlich genauerer Darstellung einer Lippenlokalisation kann diese Arbeit nicht vollständig sein. Auch die Einseitigkeit des sonst großen Materials der Berliner Hautpoliklink (Fachklinik, fast nur Erwachsene) ist zu berücksichtigen. Immerhin konnte eine große Anzahl bemerkenswerter Einzelheiten als Beitrag zur Frage der Bedeutung der Lippenaffektionen gegeben werden.

Am Schlusse der Arbeit möchte ich nicht versäumen, Herrn Professor Dr. W. Frieboes zu danken für die Ueberlassung des Themas, sowie Herrn Oberarzt Dr. Berggreen für die gütige Untestützung bei Abfassung der Arbeit.

Literatur.

1. *Arndt:* Dermat. Zeitschrift. 1923.
2. *Ballhorn:* Dissertation Berlin 1936.
3. *Berggreen:* Dermat. Wochenschrift. 1936.
4. — Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1936.
5. *Blumenthal:* Berliner Dermat. Gesellschaft. 1932.
6. *Darier:* Lehrbuch der Hautkrankheiten.
7. *Dressel:* Beitrag zur Statistik der Hautkrebse. Diss. Berlin 1933.
8. *Freund:* Dermat. Wochenschrift. 1916. Bd. 63.
9. *Gottron:* Berliner Dermat. Gesellschaft. 1930.
10. *Grohe:* Dissertation Berlin 1936.
11. *Hesse:* Dissertation Berlin 1934.
12. *Berg, Julius:* Jodassohn'sche Handbuch.
13. *Kren:* Jodassohn'sche Handbuch.
14. *Krewer:* Dissertation Berlin.
15. *Lesser:* Jodassohn'sche Handbuch.
16. *Lewandowsky:* Jodassohn'sche Handbuch.
17. *Riecke:* Lehrbuch der Hautkrankheiten.
18. *Schuermann:* Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1936/1937.
19. *Schmidt:* Beitrag zur Kenntnis der Epidermolysis bullosa hereditaria. 1935. (Dissertation Berlin.)
20. *Seidel, G.:* Beitrag zur Statistik der tertiären Lues bei Frauen. 1934. (Dissertation Berlin).
21. — Beitrag zur Statistik der teriären Lues bei Männern. 1934. (Dissertation Berlin).
22. *Trautmann:* Handbuch Jodassohn.
23. *Urbschat, O.:* Die Verlaufsweise der Dermatitis herpetiformis Dühring.
24. *Zinsser:* Hautkrankheiten und Mundschleimhaut. Handbuch Jodassohn.

Lebenslauf.

Am 15. November 1910 wurde ich, Kartar Singh, in Nasirabad (Indien) als Sohn des Ingenieurs S. Sant Singh und seiner Ehefrau Wazir Davi Singh geboren. Vom 6. Lebensjahre besuchte ich die Volksschule in Ajmer. Dann bestand ich 1928 das Abiturium in Baba Bakala. Daraufhin besuchte ich die „Govt. Collegs" zu Ajmer. Dort habe ich sechs Semester Chemie und Physik studiert.

Im Sommersemester 1932 immatrikulierte ich an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin, wo ich die zahnärztliche Vorprüfung im Oktober 1934 bestand und zahnärztliches Staatsexamen am 5. Februar 1937.